

Vårdnadshavare / Anhörig / Juridiskt ombud

Kopia på förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud bifogas ansökan

Efternamn och alla förnamn	Relation / Befattning	Personnummer
Gata	Postadress	Telefonnummer

Efternamn och alla förnamn	Relation / Befattning	Personnummer
Gata	Postadress	Telefonnummer

Behjälplig vid upprättandet

Namnteckning	Namnförtydligande	Relation / Befattning
Gata	Postadress	Telefonnummer - Dagtid / Kvällstid

Sökandes underskrift/er och namnförtydligande

Herrljunga kommun
- våga, vilja, växa

Dina personuppgifter hanterar Herrljunga kommun i enlighet med offentlighets- och sekretesslagen och dataskyddsförordningen. Information om detta finner du på kommunens hemsida eller fråga din kontakt på kommunen.

Ansökan sänds till
Biståndshandläggare
Socialkontoret
Box 201
524 23 HERRLJUNGA

Besöksadress
Biståndsenheten
Kvarnvägen 5
HERRLJUNGA

Vad händer sedan?

1 Kontakt – Handläggare kommer kontakta dig eller din företrädare för att påbörja en utredning.

2 Utredning – Genom telefonkontakt och personligt möte gör handläggaren en utredning om vilket stödbehov du har. Ibland behöver handläggaren också information från andra myndigheter som exempelvis sjukvård, socialtjänst och försäkringskassan osv. Då behöver handläggaren ett samtycke från dig för att kunna få den informationen.

3 Prövning – Din ansökan prövas mot lagen (socialtjänstlagen) för att kontrollera att du har rätt till det stöd du söker.

4 Beslut – Du får ett beslut på din ansökan. Din ansökan kan antingen beviljas eller avslås.

A Om din ansökan beviljas tar ansvarig för verkställigheten kontakt med den enskilde eller företrädare för planering för uppstart av insatsen

B Om din ansökan avslås får du skriftligt besked om detta och du har alltid rätt att överklaga beslutet. Hjälプ med att överklaga kan du få av din handläggare

Datum _____

SAMTYCKE vid utredning av bistånd enligt SoL

Härmed ger jag Herrljunga kommuns biståndshandläggare behörighet att inhämta de uppgifter som anses nödvändiga för att utreda mitt ärende enligt Socialtjänstlagen. Journalanteckningar, anteckningar och utredningar från;

Kryssa för de kontakter ni samtycker till.

<input type="checkbox"/>	Psykiatriska öppenvårdsmottagningen
<input type="checkbox"/>	Vårdcentralen
<input type="checkbox"/>	Vuxenhabiliteringen
<input type="checkbox"/>	Annan sjukvårdsinrättning; _____
<input type="checkbox"/>	Individ och Familjeomsorgen
<input type="checkbox"/>	Annan kommunal verksamhet; _____
<input type="checkbox"/>	Frivården
<input type="checkbox"/>	Försäkringskassan
<input type="checkbox"/>	Anhörig / Närstående; _____
<input type="checkbox"/>	Övrigt; _____

Samtycket gäller under utredningstiden och avser

Namn _____ Personnummer _____

Underskrift av; Den enskilde / Juridiskt ombud

Ort och datum

Ort och datum

Namnteckning / Namnförtydligande

Namnteckning / Namnförtydligande

Ort och datum

Namnteckning / Namnförtydligande